



## skierowanie na specjalistyczne leczenie periodontologiczne do gabinetu ArtiSmile

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Cel konsultacji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rozpoznanie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obecne dolegliwości: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dotychczasowe leczenie (w tym antybiotykoterapia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Planowane leczenie: \_\_\_\_\_

data

pieczęć i podpis lekarza